

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922 — N° 89

ETUDE SUR QUELQUES CAS
DE PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Février 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL BLANCHET

Né à Avallon (Yonne), le 18 Mars 1892



LYON

LA SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}

21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

1922

ÉTUDE SUR QUELQUES CAS
DE PHLÉBITES DES MEMBRES INFÉRIEURS
PENDANT LA GROSSESSE

MAISON BLANCHET



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922 — N° 89

ETUDE SUR QUELQUES CAS
DE PHLÉBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS
PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Février 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL BLANCHET

Né à Avallon (Yonne), le 18 Mars 1892



LYON

LA SOURCE, G. NEVEU & C^{ie}

21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. HUGOUNENQ DOYEN HONORAIRE
MM. J. LÉPINE DOYEN
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSLURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD X...
Cliniques chirurgicales.	ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) WEILL POLLOSSON (A.) LANNOIS ROCHET. NOVE-JOSSERAND CLUZET.
Clinique obstétricale et Accouchements	HUGOUNENQ
Clinique ophtalmologique	MOREL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MOREAU
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	GUIART
Clinique des maladies des enfants	LATARJET
Clinique des maladies des femmes	POLICARD
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	DOYON
Clinique des maladies des voies urinaires	COLLET
Chirurgie infantile	MOURIQUAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	PAVIOT
Chimie biologique	VILLARD.
Chimie organique et Toxicologie	ARLOING (F.)
Matière médicale et Botanique	ETIENNE MARTIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	COURMONT (P.)
Anatomie.	PIC
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE
Physiologie	
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutique générales.	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL.
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie.	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE.
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM. NOGIER	MM. GARIN	MM. DUROUX	MM. CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE id.
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, Président ; SAVY, Assesseur
MM. TRILLAT et G. FLORENCE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA PIEUSE MÉMOIRE DE MES FRÈRES :

EMILE BLANCHET

Médecin de l'Armée

PAUL BLANCHET

Médecin de la Marine

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Qu'il nous soit permis de leur
rendre longtemps le culte que
nous avons pour eux, en recon-
naissance de leur affection et de
leurs sacrifices.

A MES PARENTS GAUTHERIN

AUX FAMILLES COLLET ET LEROY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR
Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL FLORENCE
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN REBATTU
Médecin des Hôpitaux

A MON AMI LE DOCTEUR JOSEPH ROSNOBLET
Ex-Interne des Hôpitaux

A MES AMIS LES DOCTEURS
A. AUBERGE ET G. BERNARD

La phlegmatia alba dolens est habituellement considérée comme une des formes atténuées de l'infection puerpérale, comme un accident plus ou moins tardif des suites de couches.

Cependant à côté de cette forme classique de la phlébite, il nous a été donné d'observer, à la clinique obstétricale de la Charité de Lyon, un cas de phlegmatia ayant atteint une femme enceinte. C'est l'étude de cette observation et de quelques autres que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Commandeur, qui a fait l'objet de notre thèse.

Nous pensons qu'à côté de la phlegmatia alba dolens propre à la nouvelle accouchée il existe une forme de phlébite frappant la femme enceinte. Ce chapitre de la pathologie a été, jusqu'à présent, peu traité et les observations sont relativement peu nombreuses.

C'est un nouvel apport d'observations qui fera peut-être avoir quelque intérêt à notre modeste travail.

Mais avant de passer au développement de notre sujet, qu'il nous soit permis d'acquitter une dette de reconnais-

sance et d'exprimer respectueusement notre gratitude aux Maîtres dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève.

C'est pour nous un devoir d'évoquer la belle mémoire de M. le professeur Fabre, dans le service de qui nous avons M. le Professeur Fabre, membre correspondant de l'Académie de Médecine, dans le service de qui nous avons eu l'avantage d'être externe pendant un semestre. Nous n'oublions pas les marques d'intérêt et de sympathie qu'il voulait bien témoigner à son modeste collaborateur.

Nous avons eu en M. le Professeur Commandeur, un maître indulgent qui voulut bien nous permettre d'user de son amabilité en nous fournissant largement les idées directives de notre travail — qu'il nous permette de le remercier du grand honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le Professeur Trillat, accoucheur des Hôpitaux, voulut bien faire partie du jury de notre thèse — nous lui en exprimons toute notre gratitude.

M. le Docteur Rheuter, ancien chef de clinique obstétricale, fut pour nous un patient conseiller ; nous lui sommes reconnaissants des conseils cliniques qu'il nous donna lorsque nous avons été sous ses ordres. Il voulut bien nous guider dans l'élaboration de ce travail et ne se lassa pas de mettre son obligation à notre disposition.

Qu'il nous soit enfin permis de remercier particulièrement MM. les Professeurs Favre et Savy et M. le Docteur Rebattu, médecins des Hôpitaux, de l'accueil que nous avons eu dans leurs services où nous avons passé de bien attrayantes matinées.

Nous rendrons hommage à leur enseignement en essayant de nous rappeler leurs conseils qui permettent de soulager ceux qui souffrent et de toujours faire honneur aux médecins.

La conception moderne de la phlébite puerpérale date de la thèse de Widal qui établit la théorie de la nature infectieuse — les agents pathogènes s'attaquent d'abord aux caillots que renferment les sinus utérins — il en résulte une thrombo-phlébite utérine. Puis la propagation de cette phlébite infectieuse se fait de proche en proche, le long de l'endothélium veineux jusqu'à la fémorale et aux saphènes.

Waquez confirme cette théorie : l'anatomie pathologique et l'expérimentation lui ont montré que si l'altération de l'endothélium est la condition indispensable de cette coagulation, celle-ci suit la fortune de la lésion vasculaire : une lésion légère des vaisseaux va produire un petit thrombus rapidement résorbable ; par contre une altération persistante de la paroi donnera naissance à une thrombose également persistante par action soit des microbes, soit de leurs toxines.

Peu à peu, cependant, on voit se dessiner un courant de recherches et d'idées un peu différentes.

Il ne s'agit pas d'ébranler la théorie infectieuse, mais il faut voir si celle-ci répond à la totalité des cas. Waquez et Mayet ont établi que d'autres facteurs avaient une place importante dans l'étiologie de la thrombo-phlébite. Ils ont abouti à ces deux conclusions :

1° Il existe, au cours de l'état puerpéral des thromboses absolument indépendantes, de l'infection ;

2° Alors même qu'il s'agit d'une phlébite infectieuse, il faut pour que cette phlébite puisse se produire, tout un ensemble de circonstances rendant le sang plus facilement coagulable d'une part et de l'autre l'endothélium veineux plus aisément attaquable par les agents pathogènes.

En résumé, parti de cette idée, l'infection fait toute la phlébite, on est arrivé à cette conception : l'infection n'est qu'un facteur très important des thrombo-phlébites, mais qui n'agit qu'avec le concours de modifications tumorales. Celles-ci peuvent être suffisantes pour provoquer parfois la phlébite en dehors de toute infection.

Quels sont les facteurs étiologiques des thromboses au cours de l'état de grossesse physiologiques ?

Il faut considérer :

a) *Le ralentissement de la circulation.*

Ce ralentissement est la conséquence de l'allongement, de la dilatation, de la multiplication des vaisseaux consécutivement à la greffe de l'œuf. Ce ralentissement tient encore à la faiblesse, à cette distance, de l'impulsion cardiaque. Elle tient enfin à la gêne de la circulation de retour. L'augmentation de la pression intra-veineuse résulte de l'amplitude plus grande que prennent les artères et les veines utérines : les capillaires disparaissent, en quelque sorte ; aussi le sang circule-t-il avec plus de rapidité. Il

afflue en plus grande abondance dans les tissus veineux péri-utérins, qui augmentent le volume. Cette augmentation de tension sanguine retentit sur les vaisseaux veineux avoisinants, comme la veine hypogastrique, la veine iliaque primitive et la veine cave inférieure, c. à d. sur tous les gros vaisseaux qui servent de débouché aux veines du système utérin, le sang des vaisseaux veineux situés au-dessous de la veine cave inférieure, trouvant devant lui une tension supérieure à la sienne, ralentira son mouvement ; de là stase dans la veine hypogastrique, la fémorale, la poplitée, la tibiale postérieure, les saphènes et leurs affluents. Il s'agit là, suivant la comparaison imagée dont M. le Professeur Commandeur se sert dans son enseignement, d'un fait analogue à celui observé, à certains moments, dans la région lyonnaise : la paisible Saône voit son cours ralenti et son niveau s'élever, lorsque le Rhône, plus rapide, est en crue.

Citons enfin l'opinion de Varnier, pour qui le ralentissement du sang tiendrait à la bradycardie, que l'on observe chez la femme **enceinte**.

b) *Les modifications du sang.*

La composition du sang subit, au cours de la grossesse, tout une série de modifications, dont la résultante est de le rendre plus facilement coagulable.

Ces modifications sont très habituellement salutaires, puisque c'est en partie grâce à elles que l'hémostase spontanée pourra être rapidement assurée après la délivrance. Mais il est facile de comprendre que, sous l'influence d'une des nombreuses causes que nous étudions par ailleurs, ce but puisse se trouver dépassé et ces modifications de la crase sanguine deviennent alors un facteur important

dans l'étiologie des thrombo-phlébites de la grossesse.

A) *Modifications de la composition chimique du sang.*

De nombreuses modifications, étudiées par Jangmeister, Carton, Charrin et Guillemonat, Bar et Daunay, nous ne relatons que celles qui rendent le sang plus facilement coagulable.

1° Il faut noter tout d'abord l'abaissement de la densité du sang ;

2° Il y a, en même temps, accroissement de la proportion du plasma. Bar et Daunay ont trouvé qu'à la fin de la grossesse, la proportion du plasma s'est montrée accrue pour diminuer dans les jours qui suivent la délivrance ;

3° La fibrine, qui avait diminué durant les six premiers mois de la grossesse, augmente pendant les trois derniers ;

4° Bar et Daunay ont montré que l'alcalinité du sang se trouve diminuée vers la fin de la grossesse. Ses variations sont superposables à celle du nombre des hématies et à la proportion de l'hémoglobine.

5° Enfin, il y a accroissement de la teneur en chaux. c'est là un phénomène important dans la pathogénie des thromboses et qui est actuellement bien connu grâce aux travaux de Bar. Cet auteur a montré qu'au cours de la gestation, la teneur en chaux est à peu près double de ce qu'elle est à l'état non gravide. C'est là une constatation importante, car on sait combien l'accroissement de la teneur en chaux du sang en facilite la coagulation.

B) *Modifications portant sur les éléments figurés.*

Le nombre des leucocytes s'accroît manifestement vers la fin de la grossesse. Or, sous l'influence de l'excès de chaux dans le sang, il se produira une destruction considérable de ces leucocytes, d'où mise en liberté de la throm-

bose qu'ils contiennent, et, sous l'action de ce ferment, apparition de coagulations veineuses au niveau des veines utéropelviennes.

En résumé, les modifications que la grossesse apporte à crase sanguine prédisposent manifestement à la formation des caillots.

Ce sont :

a) L'abaissement de la densité et l'accroissement du plasma ;

b) L'augmentation de la fibrine au voisinage du terme ;

c) L'augmentation de la teneur en chaux ;

d) L'accroissement du nombre des leucocytes et la mise en liberté de la thrombose, du fait de leur destruction.

M. le Professeur Commandeur nous a cité un cas bien typique prouvant la coagulabilité particulière du sang pendant la grossesse.

Une femme enceinte, s'étant fracturé un métatarsien, voit, à la faveur de ce traumatisme, se développer dans le membre atteint, une phlébite sans atteinte de l'état général, ni élévation de la température.

Mais les thromboses, pendant la grossesse, peuvent encore être additionnées par d'autres facteurs, qui sont :

A. — FACTEURS D'ORDRE MÉCANIQUE

Chez toute femme enceinte, le système veineux utéropelvien est impressionné par des causes multiples. Les unes agissent *extérieurement* aux veines. Elles dépendent de l'action traumatique que l'utérus subit du fait des organes qui l'entourent. L'hypertrophie de l'utérus va allonger ces veines, les tirailler. Enfin, on doit accorder une place prépondérante à la contraction utérine qui, pendant

la gestation, agit si fortement sur le système veineux de la matrice. D'autres facteurs sont intrinsèques à la circulation utéro-pelvienne. Il faut surtout faire mention de la pression considérable que subissent les parois vasculaires des vaisseaux de cette région pendant la grossesse.

D'autre part, il est d'autres causes d'ordre *histologique*. L'intégrité des parois vasculaires, condition «*sine qua non* » de la non coagulation du sang est, en réalité, compromise dès le début de la gestation. L'œuf, en effet, pénètre *par effraction* dans la muqueuse utérine ; dès la fin de la première semaine, cet œuf est déjà pourvu de villosités qui vont s'étendre, en bourgeonnant, dans toute la caduque environnante ; ces bourgeons vont rencontrer des vaisseaux maternels, dont ils vont envahir la paroi, attaquant et détruisant jusqu'à l'endothélium, si bien qu'en fin de compte, l'extrémité de ces villosités plonge dans la lumière même du vaisseau.

Il est bien probable que ces éléments ectoblastiques sont en plus *une cause d'infection*, en transportant au niveau de l'endothélium vasculaire les germes dont ils sont chargés, en traversant les couches les plus superficielles de la muqueuse, couches qui sont toujours riches en microbes, pour peu qu'il y ait eu auparavant la moindre métrite.

A partir du 8^e mois de la grossesse, les cellules géantes de la caduque interutéroplacentaire pénètrent dans les sinus utérins contigus : ces cellules écartent les éléments endothéliaux et compromettent ainsi l'intégrité de cet endothélium.

B. — FACTEURS D'ORDRE TOXIQUE

Même dans les conditions physiologiques l'organisme

de la femme enceinte est imprégné de toxines capables d'agir d'une façon plus ou moins immédiate sur son système vasculaire génital.

Ce sont les toxines *d'origine alimentaire*, puis les déchets cellulaires plus abondants que d'habitude et moins parfaitement oxydés (Royer).

La *sécrétion interne du corps jaune* dont on connaît, depuis les travaux de Fraenkel, l'action élective sur le système circulatoire interne peut-être compté comme un facteur possible de vascularite.

Enfin les poisons *d'origine placentaire et d'origine fœtale* favoriseraient enttement la coagulation du sang.

C. — FACTEUR D'ORDRE INFECTIEUX

Nombreux sont les cas dans lesquels, au cours même de la gestation, les voies génitales sont contaminées par des germes pathogènes. Tout d'abord la grossesse peut se déclarer alors que l'utérus est antérieurement infectée Il en résulte une périvascularite et dès ce moment la phlébite utérine est constituée.

Parmi ces affections de la grossesse, il faut faire une place spéciale à la *blennorrhagie*.

Les germes pathogènes peuvent encore venir léser l'endothélium veineux en arrivant aux sinus utérins par la circulation générale. C'est de cette façon que toute *pyrexie grave* pourra déterminer l'apparition d'une phlébite au cours de la grossesse. Parmi ces grandes pyrexies, citons la fièvre *typhoïde* ; la *colibacillose* et surtout la *grippe*. Il semble que dans l'observation principale que nous produisons, la grippe paraisse pouvoir être invoquée comme

cause déterminante de la phlébite apparue au 7^e mois de la grossesse.

Il faut encore tenir compte, du moins à titre de cause prédisposant, des maladies de nature éminemment toxique, telles que la *syphilis*. Dans ce cas les poisons microbiens viennent hâter le processus de prolifération cellulaire au niveau de l'endothélium veineux que les éléments microbiens eux-mêmes n'auront plus qu'à exagérer pour faire naître une endo-vascularité, point de départ du coagulum.

Mécanisme intime de la production des thrombo-phlébites au cours de la grossesse

Comment, sous l'action des facteurs précédemment étudiés, une thrombo-phlébite prend-elle naissance et se développe-t-elle ?

Il est des thromboses *aseptiques* ou *atoniques* dans lesquelles les germes pathogènes ne jouent aucun rôle. Ces thromboses spontanées apparaissent dans les veines au cours même de la gestation, mais c'est surtout au cours du post-partum que ces thromboses se constituent et s'organisent.

Peut-être celles-ci ne sont-elles que l'exagération, sous une influence pathologique, de la thrombose physiologique de la fin de la grossesse. De même, la thrombo-phlébite infectieuse des couches peut avoir, en réalité, débuté au cours même de la gestation.

Ces accidents relèvent de deux ordres de causes :

1^o Ils peuvent faire suite à une endométrite latente persistant à la gestation. Les vaisseaux utérins sont durs et déjà altérés, entouré d'un tissu de sclérose interstitielle ;

les capillaires présentent une excessive prolifération de leur endothélium, les veines sont dilatées et épaissies ; toutes les coupes présentent de larges amas de cellules embryonnaires.

La greffe de l'œuf, grâce à la poussée congestive qu'elle détermine, va provoquer une hyperplasie du tissu conjonctif, accentuer l'ectasie des vaisseaux ainsi que leur friabilité. Des décollements placentaires en résultent, suivis de thromboses dans les sinus utérins, thromboses qui serviront de voie de propagation aux germes pathogènes.

2° Ces accidents peuvent encore être la conséquence, alors que l'utérus était primitivement sain, d'une *infection sanguine intercurrente*.

Une infection intestinale, la fièvre typhoïde, la grippe, sont le plus souvent les facteurs étiologiques. Ces infections agissent suivant deux modes : d'une part par les toxines microbiennes dont nous connaissons bien l'action sur le muscle utérin dont elles provoquent les contractions et surtout par les germes eux-mêmes qui provoquent l'inflammation septique des vaisseaux. Là encore il se produit des hémorragies et secondairement des thromboses utérines. Il est intéressant de noter que les femmes chez lesquelles éclatent ces accidents sont habituellement albuminuriques.

FACTEURS PREDISPOSANTS

Rôle des Varices

Il est indiscutable que l'état variqueux, si habituel au cours de la grossesse, est un des facteurs qui prédisposent à l'apparition des thromboses. En effet :

a) Les dilatations variqueuses sont une cause de ralentissement

tissement de la circulation, de la gêne de la circulation de retour ;

b) Une varice étant une veine chroniquement inflammée, son endothélium est particulièrement fragile et se laissera facilement attaquer par les agents physiques, toxiques ou infectieux.

c) Les nouures variqueuses, les dilatations en cul-de-sac vont constituer des régions tout particulièrement propices, en cas de lésions endothéliales à ce niveau, à la stagnation des éléments figurés du sang et des microbes, c'est-à-dire à l'organisation d'une thrombose.

L'état variqueux de la grossesse prédispose donc à la phlegmatia.

Cependant il existe un désaccord entre la très grande fréquence des varices au cours de la grossesse et la rareté relative de la phlegmatia au niveau des membres. D'autre part, on est frappé de ce fait que les femmes présentant des varices ne semblent pas plus frappées par ce processus phlébitique que les autres.

Iglérias, dans un article parut récemment, considère la phlébite observée aux membres inférieurs, comme une complication des varices. D'après cet auteur, cette phlébite variqueuse pendant la grossesse est remarquable par sa ténacité et sa bilatéralité, et aussi par la fréquence des embolies pulmonaires. Elle se produit souvent sans cause apparente.

Cliniquement, on peut distinguer deux formes de phlébites variqueuses : Une forme tronculaire annoncée par des douleurs légères et une fatigue plus facile du membre, puis la souffrance s'exagère et se précise au niveau du

territoire veineux enflammé. Au centre d'une région empâtée, on reconnaît un gros cordon dur, noueux, plus ou moins sinueux. Cette variété de phlébite peut rester localisée. Elle se termine le plus souvent par résolution, laissant une oblitération plus ou moins complète de la veine.

Mais elle peut s'étendre à tout le territoire veineux du membre et donner lieu à une phlébite totale s'accompagnant de symptômes généraux graves et expose à des complications redoutables.

Il n'est pas rare d'observer, surtout dans les cas où la phlébite s'étend à tout un paquet veineux, la formation d'une véritable tumeur inflammatoire. Les vaisseaux frappés forment corps avec la peau. Cette forme s'observe le plus souvent au niveau de la face interne du genou. Il s'agit alors, comme l'a bien fait remarquer Budin, d'un *périphlébite*, d'un abcès sans communication avec la lumière de la veine et qui s'ouvre le plus souvent à la peau (Observ. IV). Le pus évacué au dehors, la guérison survient par oblitération et sclérose des paquets veineux atteints ; mais si la phlébite n'a pas suppuré, la femme enceinte n'en reste pas moins exposée à l'embolie à cause d'une véritable endophlébite, constituant la *phlegmatia alba dolens* de la grossesse.

SYMPTOMATOLOGIE DES PHLÉBITES PENDANT LA GROSSESSE

Si la phlébite se présente surtout pendant le port-partum, il reste donc des cas où l'on a pu voir évoluer cette affection chez la femme enceinte.

Voici deux observations de Rendu.

a) La première a trait à une femme qui, au 7^e mois de sa grossesse, fut prise d'une hémorragie interne, puis de fièvre et de frissons. Quelques jours après, elle présenta les symptômes les plus nets d'une embolie pulmonaire. Au bout d'une semaine, elle expulsa un fœtus macéré.

b) La deuxième malade était albuminurique. A 7 mois elle présenta de la fièvre, puis tous les signes d'une embolie pulmonaire.

Ces phénomènes furent suivis de l'expulsion prématurée du fœtus et dès le lendemain de l'accouchement, on

voyait se déclarer une phlébite de la veine fémurale droite.

Cette deuxième observation est particulièrement intéressante en ce qu'elle nous montre la filiation qui existe entre la phlegmatia des membres et une thrombo-phlébite pelvienne antérieure à l'accouchement. (

Sant-Ange rapporte deux observations.

La première concerne une femme qui, au 2^e mois de sa grossesse, fut atteinte de phlébite grave du membre inférieur. La 2^e se rapporte à une gestante de six semaines qui présentait un état d'anémie très marqué.

Brindeau cite un cas où la phlébite s'est déclarée vers le 3^e mois. Les signes locaux avaient été précédés par tout un ensemble de symptômes caractéristiques de ce que l'on a appelé la phase proéblitérante de la phlegmatia. L'influence de l'accouchement a plutôt été heureux et très rapidement après la délivrance, le membre malade diminuait de volume. Cette femme, point intéressant, était albuminurique.

Charpy, donne à la phlébite pendant la grossesse, tous les symptômes de la phlegmatia alba dolens classique. Comme dans cette dernière, en effet, d'après les observations que nous publions, nous avons retourné l'œdème généralisé à tout un membre, la douleur spontanée à la pression, l'impotence fonctionnelle absolue, l'attitude caractéristique du membre atteint, l'hydarthrose du genou, la présence du cordon dur et douloureux sur le trajet des vaisseaux. La marche de l'affectation est la même, les mêmes complications sont à redouter, enfin elle comporte le même traitement.

Cette phlébite de la grossesse diffère cependant de la

phlegmatia alba dolens port puerpérale par deux caractères. Dans la forme classique, en effet, les symptômes généraux et la fièvre sont plus ou moins marqués, plus ou moins intenses, sauf dans la forme latente où l'affection ne se manifeste que par un seul symptôme : l'embolie pulmonaire emporte la malade en quelques minutes.

Dans la forme qui fait l'objet de notre thèse, tous les symptômes habituels existent sauf la fièvre. Les signes généraux sont très peu marqués et peuvent même manquer presque complètement.

Dans les observations que nous produisons, on retrouve presque toujours les mêmes symptômes : œdème blanc, ou légèrement rosé, dur, douloureux, généralisé à tout un membre ; de l'hydarthrose du genou et de l'impotence fonctionnelle absolue.

De tous ces faits, on peut conclure qu'à côté de la phlegmatia alba dolens du port partum, existe une phlébite de la grossesse qui ne diffère de la forme classique que par l'absence de phénomènes généraux et d'accidents infectieux prémonitoires.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Y a-t-il un traitement prophylactique pour une affection qui, à part quelques rares cas, se développe surtout après l'accouchement. Comment prévoir cet accident de la grossesse qui, le plus souvent, se déclare sans atteindre l'état général. Combien de femmes, enceintes ou, ayant même eu au cours de leur grossesse, une maladie infectieuse, ne se sont alitées qu pour accoucher ?

Il nous semble difficile de dire qu'il y ait une prophylaxie de la phlébite pendant la grossesse.

Tout au plus peut-on conseiller aux femmes enceintes de ne pas se fatiguer, d'éviter tout surmenage, conseils qui font partie de l'hygiène générale de la grossesse et non pas dirigés spécialement contre une affection problématique, la phlébite, dans le cas particulier.

Lorsque la phlébite est déclarée, le traitement en l'état actuel de la thérapeutique ne peut être que palliatif, on se contente de laisser évoluer l'infection et l'on s'efforce de prévenir les complications et surtout de ne pas les provoquer.

Mais si la phlébite s'est déclarée dans le dernier mois du terme, ou si une phlébite ayant débuté beaucoup plus tôt n'est pas guérie au moment du terme, quelles seront les précautions que prendra l'accoucheur pour faire courir à la malade le minimum de risques au moment du travail et de la délivrance ?

Tout d'abord, on pourra craindre que l'accouchement ne détermine une embolie qui emporterait la malade en quelques instants. Pour éviter cet accident, il sera bon de faire accoucher la malade dans le décubitus latéral, sur le côté malade. Dans cette position, le membre atteint ne sera pas aussi porté aux mouvements et par conséquent une embolie sera moins à craindre.

Dans les cinq observations que nous rapportons l'accouchement s'est effectué sans incident et il en est de même dans les cas publiés par Charpy.

L'accouchement s'effectuera-t-il d'une façon toujours aussi heureuse ? Par prudence, nous pensons que chez une femme qui a fait de l'infection au cours de sa grossesse, toutes les précautions antiseptiques sont à prendre, avant, pendant et après l'accouchement et au moment de la délivrance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Infirmierie de la Clinique Obstétricale de la Faculté

M^{me} R. M., femme de chambre, 25 ans. Primipare.

La malade, enceinte de huit mois et demi, entre le 19 mars 1921, à la deuxième infirmerie pour phlébite double des membres inférieurs datant du 23 février 1921.

A. H. — Mère présentant des varices, mais n'ayant jamais eu de phlébite. Neuf enfants. Grossesse et accouchements normaux. Père bien portant.

A. C. — Six frères et deux sœurs en bonne santé.

A. P. — N'a pas eu de maladies de l'enfance. Réglée à 13 ans, régulièrement, sans douleurs. A 15 ans, crise de rhumatisme aigu ayant nécessité un repos au lit de plus de trois mois. A la suite de cette affection, on constate une légère albuminurie ainsi qu'un œdème persistant de la jambe droite. Ce trouble trophique est attribué par un médecin à des varices internes.

Mariée à 23 ans, la malade a une fausse couche de deux mois n'ayant entraîné aucune conséquence pathologique. La malade se lève huit jours après cet accident qui est survenu spontanément. Ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique ne permettent d'établir l'influence d'une spécificité.

Depuis sa fausse couche, la malade a eu des pertes jaunâtres abondantes. En juin 1920, ressentant des douleurs dans l'abdomen, elle va consulter une sage-femme qui met un pessaire pour soutenir l'utérus. Malgré cette intervention les douleurs augmentent.

Enceinte à nouveau en juillet 1920, les pertes se sont arrêtées spontanément. En septembre, une petite hémorragie a lieu qui n'eut aucune influence sur la progression de la grossesse. Un médecin consulté enlève le pessaire qui gênait beaucoup la malade.

En janvier 1921, *grippe* légère qui dura une huitaine de jours : coryza, trachéo-bronchite. La température s'éleva en même temps et se maintint quelques jours à 38°. Puis tout rentre dans l'ordre, mais pour peu de temps.

En effet, 8 jours après cette infection, la malade commença à ressentir quelques tiraillements dans le mollet et la région poplitée droits. Elle garda le lit, pensant à une nouvelle attaque de rhumatisme. Au quinzième jour, le 24 février, la jambe enfla rapidement. L'œdème atteint son maximum en trois jours. Après une nouvelle période de 15 jours, l'œdème rétrocéda peu à peu.

La 10 mars, la jambe gauche qui depuis quelques jours, était le siège de douleurs vagues, s'œdématisa à son tour. Il est à noter que la température reste toujours normale. Sur les conseils du médecin, la malade entre à la Charité le 19 mars 1921.

À l'entrée de la malade l'œdème de la jambe droite qui avait presque disparu, s'est de nouveau accusé à la suite du

voyage. On se trouve en présence d'une phlébite double, avec œdème volumineux. Pas de température ($37^{\circ}2$). La douleur est peu marquée, mais existe cependant. Elle est localisée surtout au mollet et au genou gauches. L'hydarthrose du genou est bilatérale.

L'examen du cœur ne révèle aucune atteinte décelable cliniquement. Tension au Gallavandin-Lépine, maximum = $9 \frac{1}{2}$; minimum = $6 \frac{1}{2}$.

La malade est mise, dès son arrivée dans le service, en position déclive.

5 avril.— Enveloppement ouaté imperméable du membre inférieur droit. Température : 37° .

Au point de vue obstétrical.— Dos à gauche. Le maximum des bruits du cœur s'entend en un point situé entre l'ombilic et le pubis. On n'arrive pas à percevoir la présentation. On n'insiste pas, car la palpation est rendue difficile par l'attitude de la malade, l'épaisseur et l'œdème de la paroi abdominale.

13 avril. — Enveloppement ouaté imperméable du membre inférieur gauche. L'enveloppement du côté droit a provoqué une abondante transsudation ; néanmoins l'œdème persiste toujours.

15 avril. — L'enveloppement droit est supprimé. Les mensurations pratiquées montrent une diminution de $1 \text{ c/m } \frac{1}{2}$ sur la jambe et sur la cuisse.

18 avril. — La mensuration de la hauteur de l'utérus est assez difficile, sur l'œdème de la paroi abdominale, on note $H U = 44$. Dos à gauche. La perception des divers pôles fœtaux est très difficile. Température 37° .

Accouchement. — Ruptures des membranes le 22 avril à 23 h. 30. Début des douleurs le 23 avril à 0 h. 30. Entrée à la salle des douleurs le 23 avril à 7 h. 30. Le col est dilaté à 1 c/m . Température 37° .

A 18 heures, un toucher est pratiqué par le Dr Rheuter, sous anesthésie légère au chlorure d'éthyle. On constate que le col est dilaté à 5 c/m. La tête est bien fixée. Les bruits du cœur sont à gauche.

Les douleurs apparaissent seulement toutes les quinze minutes. Elles sont localisées dans les reins. La malade vomit constamment. Vers 17 heures les douleurs ont un peu diminuée d'intensité. Elles réapparaissent à 22 heures un peu plus fortes. A 22 heures, la malade a des envies de pousser qui durent de quinze à vingt-cinq secondes.

24 avril. — A 2 h. 30, la tête apparaît sur 3 c/m. A 3 h. 30, elle est à peu près fixée. On fait du Kristeller et une injection de 0 cmc. 5 de pituitrine.

La malade est peu docile. On lui fait respirer un peu d'éther pour pratiquer le dégagement. Le périnée, très œdédié se distend mal. Il se produit une éraillure de 1 c/m au dégagement de la tête. On ne fait pas de point de suture à cause de l'œdème vulvaire considérable.

Une fille naît, étonnée, très pâle. On la met en position déclive ce qui provoque des inspirations. Elle crie au bout de dix minutes et devient rosée après des frictions à l'alcool camphré. Poids : 3.800 grammes.

La délivrance se produit spontanément après quinze minutes. Perte de sang : 200 grammes. On constate un léger nuage d'albumine dans les urines. Poids du placenta : 630 g.

La température a subi une ascension notable (38°), mais la malade se trouve bien. L'œdème des membres est très prononcé. On fait des enveloppements avec de l'onguent napolitain.

13 mai. — Examen du Dr Trillat, accoucheur des Hôpitaux.

La malade a présenté au septième jour après l'accouchement une hémorragie secondaire tardive d'environ 1.000 grammes.

On pratique un curage digital sous anesthésie. Des débris insignifiants sont ramenés.

Cinq jours après, la température stagne pendant quarante-huit heures entre 38°8 et 39°, la malade ressent des douleurs dans la jambe gauche qui augmente de volume.

Mensurations :

Cuisse gauche : 57 c/m Cuisse droite : 51 c/m
(à 17 c/m au-dessus du bord de la rotule).

Mollet gauche : 41 c/m Mollet droite : 38 c/m 5
(à 15 c/m au-dessous de la rotule)

1^{er} juin. — M. le D^r Trillat. Cuisse gauche : 55 c/m 5
Cuisse droite : 50 c/m 5
Mollet gauche : 43 c/m
Mollet droit : 38 c/m

Depuis quinze jours, amélioration continue, surtout à droite. Le mollet gauche, cependant augmente légèrement. Essai de position élevée.

2 juin. — La malade a été mis en position décline, les jambes relevées, le talon étant à 20 c/m au dessus du plan du lit.

Cuisse gauche : 51 c/m Mollet gauche : 39 c/m 5
Cuisse droite : 53 c/m 5 Mollet droit : 35 c/m 5

6 juin. — Cuisse gauche : 53 c/m Mollet gauche : 37 c/m
Cuisse droite : 50 c/m Mollet droit : 34 c/m

1^{er} septembre. — M. le D^r Rheuter.

La malade commence à aller au bain, à s'asseoir sur le bord de son lit, la jambe droite souple arrive à se fléchir spontanément, mais il existe un certain degré d'équinisme du pied avec enroulement interne. La malade déclare, d'ailleurs, avoir constaté à ce niveau une déformation à la suite de son attaque rhumatismale. A gauche, où les lésions sont plus accusées et où l'on constate l'existence de deux escharres

talonnières, on pratique la compression élastique ; mais l'œdème de la paroi a à peu près disparu, sauf à la face interne de la cuisse. Il semble même qu'il y est un peu d'atrophie des muscles du mollet et que l'équinisme soit plus prononcé qu'à droite. L'état général de la malade est bon. Pas de température. Emotivité excessive.

10 septembre.— M. le D^r Rheuter.

L'état de la malade s'améliore. Celle-ci a commencé hier à s'asseoir. Aucun incident. *A droite*, la flexion dépasse l'angle droit, les jumeaux sont flasques, le redressement du pied en flexion n'est pas complet. Il est entendu que la déformation en varus que présente le pied est congénitale.

Mensuration : Cuisse gauche : 43 c/m

Mollet gauche : 31 c/m

A gauche. Ebauche d'élévation spontanée du membre au-dessus du plan du lit. Le mouvement de flexion est limité. La flexion du pied s'améliore, mais il existe des troubles trophiques certains avec eschare achilléenne.

Mensuration : Cuisse : 44 c/m.

Mollet : 30 c/m.

Le genou est globuleux, non douloureux. La circulation complémentaire sur toute la longueur du membre est très diminuée. Les jumeaux sont flasques et il existe à la face interne de la cuisse, mais diminué par rapport aux examens précédents, un œdème flasque de la cuisse.

22 septembre. La malade commence à s'asseoir. Elle présente actuellement les dimensions suivantes :

Cuisse droite : 45 c/m Jambe droite : 33 c/m

Cuisse gauche : 47 c/m Jambe gauche : 32 c/m

Depuis cinq jours, la malade présente une élévation de la température qui se maintient au-dessus de 38° avec pouls à 100. L'examen pulmonaire est négatif bien que la malade

se plaint de point de côté et tousse un peu. Au niveau des membres inférieurs, on note une légère augmentation de volume des deux cuisses et de la jambe droite. Un peu d'épanchement articulaire dans les deux genoux.

20 octobre. — Dimensions comparées :

Cuisse droite : 46 c/m 5 Jambe droite : 32 c/m

Cuisse gauche : 38 c/m Jambe gauche : 29 c/m

24 octobre. —

Cuisse droite : 45 c/m Jambe droite : 31 c/m

Cuisse gauche : 47 c/m Jambe gauche : 31 c/m

L'état de la malade, qui, sortit de l'Infirmérie le 26 décembre, s'est lentement, mais continuellement amélioré. L'œdème a disparu complètement. La température est toujours au-dessous de 37°. Au point de vue fonctionnel, elle a recouvré l'usage de ses membres.

OBSERVATION II

PHLÉBITE PENDANT LA GROSSESSE

*Accouchement à 7 mois et 15 jours, en ville :
épaule, version*

PHLÉBITE POST-PUERPÉRALE

*Service de M. le Professeur Commandeur
Première Infirmérie de la Maternité de la Charité*

M^{me} C. E., âgée de 24 ans ;

A. H. — Parents actuellement vivants et bien portants.

A. C. — Un frère et une sœur également en bonne santé.

A. P. — La malade dit avoir toujours eu une bonne santé. Règlée à 14 ans, irrégulièrement, avec des retards. N'a jamais eu de maladie infectieuse. Mariée à un mari bien portant.

Pendant la grossesse, une phlébite du membre inférieur gauche s'est déclarée. Au niveau de la cuisse, la malade vit apparaître un œdème blanc et dur, œdème qui a gagné la jambe par la suite. Pas de fièvre.

La présentation de l'enfant se fait par l'épaule. Sous anesthésie, on pratique une version et l'enfant voit le jour à sept mois et demi. Cette intervention est faite en ville.

La malade déclare que pendant sa grossesse, elle s'est serrée assez fortement le ventre, et a eu une vie sédentaire, travaillant à la machine à coudre presque constamment.

Immédiatement après l'accouchement, la jambe reprit subitement ses dimensions normales, l'œdème ayant disparu presque complètement.

Mais le lendemain, la malade commença à éprouver à la palpation une douleur assez vive le long du bord interne de la cuisse. En même temps, l'œdème reparait. La malade éprouve continuellement dans le mollet une sensation de pesanteur. A part la douleur locale, l'état général de la malade est bon. Elle accuse seulement de temps à autre un peu de céphalée. Du côté de l'appareil digestif, on note une légère anorexie et une constipation opiniâtre. La langue est un peu saburrale.

La malade entre à la première infirmerie le 5 septembre 1907. Température 38°. Pas d'albumine dans les urines.

6 septembre. — La malade est mise en gouttière de Bonnet.

9 septembre. — On assiste à la chute de la température. Température 37° 3.

18 septembre. — La température a disparu : mais la malade

ressent une douleur au côté gauche. Pas de signes à l'auscultation. Ni toux, ni expectoration caractéristique.

7 octobre. — On constate encore un peu d'hydarthrose.

15 octobre. — La malade est toujours en gouttière de Bonnet, mais on commence à lui faire des massages, car l'œdème a considérablement diminué.

15 octobre. — Le membre malade n'est plus en gouttière à la date d'aujourd'hui.

31 octobre. — La malade commence à faire quelques pas.

OBSERVATION III

GROSSESSE DE SEPT MOIS. PHLÉBITE VARIQUEUSE

Service de M. le Professeur Commandeur

M^{me} B., 29 ans. Entrée le 13 avril 1911, à la première infirmerie.

La malade entre dans le service parce qu'elle souffre dans la jambe droite.

A. H. — Père mort d'une pneumonie ; mère vivante et bien portante.

A. C. — Une sœur morte à 4 mois de la coqueluche. Quatre frères ou sœurs bien portants.

A. P. — Bonne santé habituelle. Réglée à 14 ans, assez régulièrement. Quatre grossesses normales. Enfants vivants et bien portants. Mari mort à 31 ans, d'une affection gastrique. La malade est enceinte de sept mois. D. R. : 10 avril. Depuis trois mois, les mouvements du fœtus sont perçus.

Il y a trois semaines, la malade commença à sentir, sur la

face interne du genou une douleur vive. A ce niveau, elle remarqua une rougeur très marquée. La pression est très douloureuse.

La malade entre dans le service le 13 décembre 1911.

A l'entrée, on sent dans le mollet, au niveau du condyle interne et à la partie supérieure de la face interne de la cuisse des paquets durs, peu douloureux, formés par des veines enflammées. Pas de température, ni d'albumine dans les urines.

La malade garde le lit. Le membre n'est pas mis dans une gouttière de Bonnet.

Les phénomènes vont s'améliorant. Rien de particulier à signaler aux poumons ni au cœur.

La malade, guérie, sort le 23 novembre.

OBSÉRVATION IV

GROSSESSE DE SIX MOIS. PHLÉBITE VARIQUEUSE DROITE

Première Infirmerie

Service de M. le Professeur Commandeur

A. C. — 21 ans.

A. H. — Rien de particulier.

A. P. — Fièvre typhoïde, il y a trois ans.

Réglée à 11 ans, régulièrement.

Ni grossesse, ni fausse couche antérieure.

La malade, servant dans un café, est debout toute la jour-

née. Elle n'a pas remarqué, avant sa grossesse, qu'elle eût des varices. Celles-ci ont apparu au début de la gestation. Elles sont devenues volumineuses au sixième mois de la grossesse. C'est pour ce motif que la malade entre à la Charité le 31 août 1909.

D.R. : fin février.

On remarque, à l'entrée, au membre inférieur droit, une phlébite variqueuse très accusée. Deux gros paquets veineux, durs, violets, avec œdème rouge et douloureux sont visibles à la face dorsale du pied. Au-dessus de la malléole interne, on remarque un autre paquet variqueux violacé, dur et douloureux, entouré de tissu enflammé. Un dernier paquet phlébitique est constaté sur la face externe du mollet; ce paquet dur et violet n'est ni douloureux, ni entouré de zone inflammatoire.

Ces paquets, de la grosseur d'une petite noix sont reliés les uns aux autres par des veines turgides, saillantes, dures par endroit, non enflammées uniformément. On constate de l'œdème pré tibial avec godet. Rien dans le creux poplité.

Le réseau veineux de la cuisse homonyme est très développé et présente une coloration bleuâtre sous la peau. La saphène interne dure et vert-violet jusqu'au tiers supérieur de la cuisse où elle se jette dans un paquet variqueux ni dur, ni enflammé. Au-dessus, on ne sent plus de cordon veineux.

Rien à l'autre jambe.

La température de la malade est de 36° 8. et se maintient au-dessous de 37°.

On frictionne le membre malade à l'onguent napolitain et on fait un enveloppement ouaté. La grossesse suit normalement son cours.

9 septembre. — Les deux paquets variqueux, sont

ulcérés. Issue d'une partie du caillot. La température est légèrement élevée, 37° 3. On touche à la teinture d'iode et on fait un pansement sec.

25 septembre. — La malade, dont la température n'a pas dépassé 37°, passe à la Maternité pour accoucher.

OBSERVATION V

PHLÉBITE VARIQUEUSE PENDANT LA GROSSESSE

Accouchement à l'Hôtel-Dieu

PHLÉBITE DE LA JAMBE DROITE

Service de M. le Professeur Commandeur

Première Infirmerie

M^{me} G. A., 37 ans, ménagère ; V. pare.

Entrée le 21 décembre 1907, pour phlébite droite.

A. H. — Père mort à 40 ans de bacillose. Mère morte à 58 ans d'affection indéterminée.

A. C. — Quatre frères vivants et bien portants ; un frère mort en bas âge d'affection inconnue ; deux sœurs vivantes et bien portantes ; trois sœurs mortes en bas âge, l'une de pleurésie, les deux autres d'affection indéterminée.

A. P. — Elevée au biberon. Premiers pas à 2 ans. Rougeole à 5 ans, coqueluche à 6 ans. Régulée à 13 ans, régulièrement. Pas de spécificité.

Première grossesse à 24 ans, normale. Accouchement en ville d'un enfant venu à terme ; mort à 8 ans de méningite.

Après l'accouchement, apparition d'une phlébite de la jambe gauche, nécessitant un repos de trois mois au lit. La malade ne donne pas de renseignements précis sur cette phlébite.

Deuxième grossesse à 27 ans. Pendant la première quinzaine, l'œdème de la jambe gauche réapparaît. La malade doit se condamner au repos à plusieurs reprises pendant sa grossesse. Accouchement normal à terme d'un garçon, mort à 6 ans de méningite.

Troisième grossesse à 33 ans, encore accompagnée de faiblesse dans les membres inférieurs et d'un peu d'œdème. Pas d'albumine dans les urines. Accouchement normal d'un enfant vivant et bien portant.

Quatrième grossesse à 34 ans, fausse couche de quatre mois avec hémorragie abondante traitée par des injections chaudes. On fit la délivrance à la Charité, où la malade resta en traitement quinze jours.

Le dernier accouchement date du 14 novembre 1907. Au cours de sa grossesse, la malade eut des vomissements se répétant plusieurs fois par semaine ; en outre, les jambes s'œdématisèrent, surtout la droite. De grosses dilatations variqueuses sont visibles sur les deux jambes. Pas d'albumine dans les urines. Accouchement à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, à terme, d'une fille en bonne santé.

Après l'accouchement, la malade ressent des crampes dans la jambe droite dont l'enflure persistait ; pas de fièvre. Du 14 novembre au 14 décembre, la malade reste à la Charité, gardant le lit. A la sortie, l'œdème avait un peu diminué ; les crampes ne sont plus ressenties. Le 21 décembre, sous l'influence de la fatigue, les phénomènes douloureux réapparurent. La malade ne peut plus plier la jambe droite. En même temps, apparition de la fièvre.

Actuellement (21 décembre), la température est de 38°.

Dans la jambe gauche, élanement douloureux, surtout au niveau de la cuisse.

Le membre droit est légèrement plus gros que le gauche. Au niveau de la cuisse, cette augmentation paraît plus marquée. Le membre est rosé. On constate un réseau veineux assez développé.

A la palpation qui est douloureuse derrière le mollet, on ne constate pas d'œdème bien appréciable.

24 décembre. — Les phénomènes douloureux persistent. Le membre est encore autant œdématié, mais la température n'est que de 37° 5.

16 février 1908. — L'œdème s'est peu à peu résorbé. Bon état général. La malade sort de l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. — Les phlegmatà alba doleus vraies de la grossesse apparaissent comme une complication rare.

II. — Elles peuvent survenir sans aucune cause apparente, ou bien être sous la dépendance de causes qui ne paraissent pas immédiatement liées à la grossesse (traumatisme, fractures).

III. — La grossesse a vraisemblablement une influence dans la production des coagulations intra-veineuses, par suite des modifications de la composition du sang et surtout augmentation de la fibrine.

IV. — L'élément infectieux est très difficile à déceler. La plupart des cas que nous rapportons ayant évolué sans

température et sans qu'il y ait un lien évident avec une maladie infectieuse.

Tous ces faits sont en faveur de la possibilité de coagulations veineuses profondes, sans intervention d'élément infectieux cliniquement décelable, ainsi qu'on semble devoir l'admettre aujourd'hui dans un certain nombre de cas de phlébite.

Le Président de la Thèse,
COMMANDEUR.

Vu :
Le Doyen,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 2 Février 1922.

Pour le Recteur et par délégation,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
JEAN LÉPINE.

BIBLIOGRAPHIE

- CYRILLE JEANNIN, VAUVERTSET PEAUCOT. — Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie. (Année 1912).
- WIDAL. — Etude sur l'Infection puerpérale, la Phlegmatia alba dolens et l'Erysipèle. (*Thèse de Paris*, 1889.)
- WAQUEZ. — Des Coagulations sanguines intravasculaire. (*Cong. français de Médecine*, Nancy 1896).
- MAGET. — Causes des Coagulations sanguines. (*Congrès français de Médecine*, Nancy 1896, 1911).
- VARNIER. — L'Obstétrique journalière.
- CARTON. — Contribution à l'Etude des Modifications du Sang pendant l'Accouchement et les Suites de Couches. (*Thèse de Paris*, 1909).
- CHARRIN ET GUILLEMONAT. — Anémies et Modifications humorales de la Grossesse. (*Académie des Sciences*. Juillet 1901)
- BAR ET DAUNAY. — *Compte-Rendu de la Société de Biologie*. 23 janvier 1904.
- P. FAR. — De la Chaux dans le Sang. (*Leçons de Pathologie obstétricale*, t. II).

FRAENKEL. — Über die Funktion des Corpus luteum. (*Archiven für Gynäkologie*, 1903.)

RENDU. — *Leçon de Clinique médicale*, 1890.

SAINT ANGE. — Un Cas de Phlegmatia pendant la Grossesse.

BRUNDEAU. — Cas de Phlegmatia alba doleus pendant la Grossesse. (*L'Obstétrique*, 1900).

CHARPY. — Formes rares de Phlébites pendant la Grossesse et les Suites de Couches. (*Thèse de Paris*, 1902.)

VINAY. — *Traité des Maladies de la Grossesse*.

GLESIAS. — Des Varices pendant la Grossesse. (*L'Hôpital*, février 1922).
